附件20

甘肃省 年 月份跨省异地就医（就医省）清算资金申拨汇总表

年 月 日

申拨单位:甘肃省医疗保障局 单位：元

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **序 号** | **申拨项目** | **所属期** | **异地就医清算金额** | **备 注** |
| 1 | 跨省异地就医清算资金（应收) | 年 月 |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| 总 计 | - |  |

省医疗保障服务中心负责人： 省财政厅社保处审核人： 省财政厅国库处审核人：

省医疗保障服务中心分管领导：

省医疗保障服务中心审核人：

省医疗保障服务中心经办人： 省财政厅社保处负责人： 省财政厅国库处负责人：